

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
FISTULES URÉTÉRO VAGINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul NEYRA

Né à Villefranche (Rhône), le 27 Janvier 1867



LYON

IMPRIMERIE X. JEVAIN

Rue François-Dauphin, 18

—
1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0062

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
FISTULES URÉTÉRO VAGINALES
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul NEYRA

Né à Villefranche (Rhône), le 27 Janvier 1867



LYON

IMPRIMERIE X. JEVAIN

Rue François-Dauphin. 48

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (MAURICE).
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.),	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ETIENNE)	chargé des fonctions
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	d'agrégé.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. POLLOSSON Aug. et ROQUE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

A MA FILLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN CLAUDE-BERNARD

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Une néphrectomie pratiquée à la clinique de gynécologie pour un cas de fistule urétéro vaginale a été le point de départ de ce travail.

Cette opération, grave par elle-même, grave par les conséquences qui en dépendent, tend néanmoins à rentrer de plus en plus dans la thérapeutique des organes genito-urinaires et c'est sa justification que nous voulons nous efforcer de prouver.

C'est M. le professeur agrégé Condamin, assistant de M. le professeur Laroyenne, qui nous a suggéré l'idée de cette étude; la bienveillance qu'il nous a montrée chaque fois que nous avons eu besoin de son concours, les conseils qu'il nous a prodigués nous font un devoir de lui offrir nos remerciements les plus sincères.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis

d'exprimer la gratitude pour ceux de nos maîtres qui nous ont montré le plus de sympathie. C'est à la fin de ses études que l'on sent mieux le prix des enseignements reçus et des amitiés qui vous ont entouré; nous serions profondément ingrat si nous omettions d'en remercier ici publiquement les auteurs.

Nous exprimons tout particulièrement notre reconnaissance et notre respectueux attachement à M. le professeur Teissier, pour l'intérêt qu'il nous a témoigné en plusieurs circonstances, et l'accueil si bienveillant avec lequel il nous a toujours reçu dans son service.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le docteur Humbert Molière, médecin des hôpitaux, qui nous a toujours montré une affection si délicate et si paternelle, et qui, dans maintes occasions, s'est montré plein de dévouement et de bienveillance à notre égard.

Quant à M. le professeur agrégé Auguste Pollosson chirurgien-major de la Charité, il nous a donné les marques d'une sympathie qui nous a trop vivement touché pour que nous puissions l'oublier jamais. Trouvant ici l'occasion, peut-être unique, de lui en témoigner notre inaltérable gratitude, nous le prions d'agréer l'hommage public de notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier aussi M. le docteur A. Jamin, chef de la clinique d'accouchements, M. le docteur J. Cuilleret, chef de la clinique de l'Antiquaille et notre ami de collège, M. Henri Deydier, interne des hôpitaux, pour les services qu'ils nous ont rendus chaque fois que nous nous sommes adressé à eux.

M. le professeur Laroyenne a bien voulu accepter

la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait.

Nous diviserons notre travail comme il suit :

CHAPITRE I : *Considérations générales sur les fistules urétéro-vaginales.*

CHAPITRE II : *Etude des méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour.*

CHAPITRE III : *Critique de ces méthodes, leur indication. Néphrectomie. Observations.*

CHAPITRE IV : *Conclusions.*



CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
FISTULES URÉTÉRO VAGINALES

CHAPITRE I

Les fistules urétéro vaginales sont rares et peu connues. Pour en trouver des exemples il faut parcourir toute la littérature médicale, et encore les observations recueillies sont le plus souvent incomplètes. A part les réflexions qui accompagnent ces observations nous n'avons trouvé sur ce sujet aucun travail de quelque importance ; et de plus, les traités classiques et les encyclopédies médicales en parlent peu ou même pas du tout.

Pourtant la question est pleine d'intérêt, d'autant plus que, pendant longtemps, on a considéré comme au-dessus des moyens à notre disposition, la conduite à tenir en présence d'affections qui, si elles ne mettent pas la vie de la femme toujours en danger, la rendent néanmoins insupportable par l'irritation que détermine l'urine sur les parties voisines et les vêtements sans cesse mouillés, l'odeur ammoniacale excessivement désagréable qui s'en dégage et aussi les souffrances morales inséparables d'un pareil état.

La disposition topographique des urétéres dans le petit bassin explique la rareté des cas où ces organes sont directement atteints et aussi comment une communication peut s'établir entre l'urétére, d'une part, et, d'autre part, l'intestin, l'utérus et le vagin et produire aussi des fistules urétéro intestinale, urétéro utérine et urétéro vaginale.

En quittant le bassin pour se rendre à la vessie où ils viennent s'aboucher, les urétéres sont recouverts par le péritoine qui les sépare des circonvolutions de l'intestin grêle ; ils se dirigent alors de haut en bas et de dehors en dedans en décrivant une courbe en forme de S, traversant obliquement le muscle ptoas sur la face antérieure duquel ils sont directement appliqués.

Dans ce trajet les urétéres sont croisés en avant par les vaisseaux spermatiques et en arrière par les vaisseaux iliaques.

Chez la femme, les vaisseaux utero-ovariens longent leur côté interne.

A mesure qu'ils plongent dans le petit bassin, les urétéres suivent un chemin de plus en plus complexe, une masse de tissus cellulo-grasieux les enveloppe ; en se rapprochant du bas-fond de la vessie, ils croisent successivement l'artère ombilicale ou le cordon fibreux qui la remplace ; les vaisseaux obturateurs, le canal déférent chez l'homme, et chez la femme les ligaments larges, le ligament rond et les vaisseaux utérins.

Dans la portion sus-vaginale du col de l'utérus, qu'ils croisent très obliquement, ils se trouvent appliqués assez étroitement, dans une étendue de près de trois centimètres, directement contre la paroi supérieure du vagin et

pénètrent à travers la cloison vesico-vaginale dans la vessie, au niveau des angles postérieures du trigone.

A ce niveau, les urétéres sont distants l'un de l'autre d'environ deux centimètres, tandis que dans la portion sus-vaginale du col ils ne sont séparés que par une distance de un centimètre.

Etiologie. — Les fistules urétéro vaginales peuvent se produire sous l'influence de causes multiples. Suivant que la malade porte en elle-même la raison de sa fistule, ou que celle-ci est due à l'action d'un agent extérieur, la fistule est spontanée ou traumatique.

Dans cette étude, ce sont ces derniers que nous avons en vue et plus spécialement les fistules gynécologiques.

On comprend aisément qu'elles se produisent, étant données les conditions de rapport toutes particulières que les urétéres sont susceptibles de contracter.

Dans les accouchements, par exemple, il faut tenir grand compte des inflammations chroniques dont ont pu être atteints les organes du petit bassin et qui ont eu pour résultat de rendre en quelque sorte l'urétére plus fragile en le fixant par l'épaississement du tissu cellulaire ambiant. Dès lors, les tissus comprimés par le passage de la tête s'enflamment et se modifient ; le résultat de tout ce travail peut amener, à la rigueur, la constitution d'une fistule.

Il en est de même dans les cas d'intervention sur les organes du petit bassin. C'est ainsi qu'on a vu l'incision d'une hydronéphrose donner lieu à une fistule urétéro vaginale (Spiegelberg ; Le Dentu).

D'autrefois, dans l'opération de la fistule vésico-va-

ginale, il est arrivé de couper l'urètre en pratiquant l'avivement des parties voisines. C'est le cas de Bandl.

Mais c'est surtout dans le cas de tumeurs développées dans le petit bassin que la création de ces fistules est à redouter. En effet, il arrive assez souvent que ces tumeurs contractent des adhérences avec l'urètre, quand ce dernier n'est pas englobé complètement dans la production morbide.

Aussi, étant donnés les rapports signalés plus haut entre l'urètre, le col de l'utérus et le vagin, on comprend que dans de pareilles conditions l'ablation de ces tumeurs expose singulièrement l'urètre aux coups du chirurgien ; surtout quand on pense que la main de l'opérateur manœuvre un peu au hasard dans un territoire très restreint, sans que même, le plus souvent, l'œil puisse la diriger.

C'est ce qu'on a vu arriver plusieurs fois avec l'emploi du métrotome (Boeckel, Lannelongue, Laroyenne).

Il est un point sur lequel M. le professeur Laroyenne insiste, c'est la possibilité de blesser les urètres dans les ponctions itératives du cul de sac de Douglas. Dans ces circonstances, les urètres généralement accolés à la paroi externe de la première poche suivent le mouvement de retrait de celle-ci, et alors, si l'on est de nouveau obligé de faire une seconde ponction avec débriement, les urètres seront beaucoup plus rapprochés du tranchant du métrotome que dans la première intervention.

Symptômes. — Comme son nom l'indique, une fistule urétéro vaginale donne issue à de l'urine, à moins

que, par suite d'une communication avec une collection purulente profonde, le liquide secrété ne soit uro-purulent.

Contrairement à ce qui a été dit à peu près par tous les auteurs, l'écoulement urinaire peut ne pas être continu. En effet, il ressort des expériences faites par Tuffier que l'écoulement est intermittent par éjaculation si l'orifice siège sur le tiers inférieur du conduit, surtout si cet orifice est petit, ce qui est le plus fréquent, tandis qu'il est continu si la fistule est élevée. L'urine sort généralement claire, limpide, transparente : c'est ce qui a frappé tous les auteurs, même A. Bérard qui, le premier, a publié un cas de fistule urétéro utérine.

Toutefois ce caractère est loin d'être constant, et lorsqu'au voisinage de la fistule, il existe une cause quelconque d'infection, on voit souvent alors se produire une urétérite et consécutivement une pyélite, une pyélonéphrite ou une hydronéphrose.

CHAPITRE II

Les fistules urétérales sont toujours très difficiles à guérir, comme toutes les fistules qui siègent sur le trajet d'un canal excréteur.

Ces difficultés sont plus grandes encore dans le genre de fistules qui nous occupent; car, siégeant dans le petit bassin, il est rare qu'elles ne soient pas compliquées d'une destruction plus ou moins complète de la partie inférieure du conduit.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner de trouver les auteurs classiques si sobres sur le chapitre du traitement des fistules urétéro vaginales. La conduite du chirurgien a varié avec les cas, et chaque auteur s'est contenté de consigner ses observations dans les revues périodiques en les faisant suivre de réflexions dont il est difficile de tirer des règles générales capables de constituer un manuel opératoire.

C'est l'histoire des méthodes employées jusqu'à ce jour que nous voulons faire dans ce chapitre; nous nous étendrons plus longuement sur la néphrectomie, qui, dans des cas bien précis, semble être la méthode de choix puisqu'elle guérit en même temps et la fistule et le rein malade.

Groupant les différents modes de traitement employés jusqu'à présent, Pozzi (1) distingue deux métho-

(1) *Archives de médecine*, 1856.

des auxquelles il rattache les procédés des principaux auteurs.

Ces deux méthodes sont celles de l'oblitération directe et celle de l'oblitération indirecte.

I. — MÉTHODE DE L'OBLITÉRATION DIRECTE

Dans cette méthode, on peut faire rentrer le procédé d'Alquié (1) qui, le premier, en 1856, donne l'observation d'un cas de fistule urétéro vaginale; il s'agissait d'une femme âgée de trente ans qui, à la suite de deux accouchements laborieux avec application de forceps, vit s'établir une fistule urétéro vaginale.

Alquié se contenta de recourir à des cautérisations avec le nitrate d'argent. De prime abord, l'amélioration parut très sensible, l'écoulement diminuait, seulement la malade présentait des symptômes plus graves et plus inquiétants que ceux dus à son infirmité. Elle éprouvait des douleurs lombaires très vives, avec fièvre, nausées et vomissements, tous accidents qui disparurent rapidement dès que se rétablit le cours de l'urine.

Ce fut pour remédier à ces accidents que l'auteur eut l'idée d'établir une communication entre l'urétére et la vessie; mais il n'osa pas faire cette opération. « Il est probable, dit-il, toujours à propos de sa malade, que l'usage d'une sonde portée et maintenue dans l'urétére, de telle sorte que son extrémité s'élevât

(1) *Archives de médecine*, 1856.

jusqu'au-dessus de la perforation, aidée de l'action du nitrate d'argent sur le pourtour du pertuis fistuleux, serait capable d'amener un résultat favorable. Mais l'introduction d'une pareille sonde à travers le col de la vessie et l'orifice vésical de l'urètre est plus qu'incertaine en raison de la profondeur de l'orifice et de la disposition du replis valvulaire, qui le recouvre d'une soupape dirigée contre l'impulsion donnée à la sonde. » Il se demande ensuite si l'urètre pourrait supporter un corps étranger en permanence, lorsqu'un simple calcul arrêté dans ce conduit détermine des accidents graves. — Quant à l'autoplastie, il la considère comme un procédé d'une réalisation trop incertaine.

Nous verrons comment les auteurs qui sont venus après lui ont su profiter de ces idées théoriques pour en faire de véritables moyens de guérisons dans les fistules urétéro vaginales.

On peut rapprocher du procédé d'Alquié, du moins quant au principe, celui de Laugier et celui de Duplay.

Le premier de ces auteurs, pour guérir une fistule urétéro vaginale, chez une femme Vpare dont les trois premiers accouchements eurent lieu avec application de forceps, le quatrième avec céphalothripsie et le cinquième avec une nouvelle application de forceps, essaya plusieurs cautérisations au nitrate d'argent. Toutes ces cautérisations eurent pour résultat une diminution de l'écoulement; mais, comme chez la femme d'Alquié, à la suite de chaque cautérisation, on voyait apparaître des douleurs lombaires, de la fièvre, des vomissements qui disparaissaient lorsqu'on rétablissait le cours des urines: preuve bien manifeste d'une intoxication.

Laugier n'osa pas non plus tenter d'autre intervention.

Quant à Duplay, il eut avec ses cautérisations des résultats plus mauvais encore. Au lieu du nitrate d'argent, il se servait du thermo-cautère et du galvano-cautère. La première conséquence de ce traitement fut un agrandissement assez considérable de la fistule. Ce que voyant, Duplay essaya d'obtenir l'obturation directe de la fistule par quelques points de suture métallique. La malade n'obtint aucun bénéfice de cette intervention, car elle succomba avec les symptômes très graves de l'infection : frissons, fièvre, douleurs abdominales très vives, ballonnement et vomissement.

Procédé de Simon. — Son premier essai remonte à 1857. Ici encore il s'agissait d'un accouchement laborieux avec application de forceps. Plus tard, dans un cas de fistule urétéro vaginale, produite à la suite d'une ovariectomie pour une tumeur englobant dans son épaisseur l'urètre gauche, Simon modifie son premier manuel opératoire, qu'il fit connaître après un troisième cas de fistule urétéro vaginale toujours observée par lui où il enseigna le cathétérisme de l'urètre chez la femme.

« On crée, dit-il, d'abord, une fistule vésico-vaginale à côté de l'orifice de la fistule urétérale ; on passe une sonde dans l'urètre par cette voie ; puis, toujours à travers cette fenêtre, on débride l'urètre en haut, de manière à transformer en une gouttière, dans une étendue de un centimètre à un centimètre et demi, la portion du canal qui est renfermée dans les parois de la

vessie. Les bords de cette incision doivent être écartés chaque jour avec une sonde cannelée de manière à empêcher leur agglutination et à la faire cicatriser isolément.

« Quand on suppose que ce but est atteint, on ferme par un large avivement et une suture transversale la fistule vésico-vaginale artificielle maintenant éloignée de l'abouchement de l'urètre. »

Procédé de Landau. — En 1877, dans un cas très curieux, qui prouve bien le danger des pessaires laissés longtemps en place, Landau eut à traiter une fistule urétéro vaginale chez une femme qui avait un prolapsus utérin que l'on avait voulu contenir par un pessaire.

Après plusieurs tentatives, il décrivit le procédé suivant : « Créer d'abord, s'il n'existe pas de large perforation vésico-vaginale qui en dispense, une fenêtre vésico-vaginale par l'excision d'un lambeau de forme ovale, puis faire passer dans l'urètre une fine sonde élastique qu'on ramène d'abord dans la vessie et qu'on fait ressortir par l'urètre avec des pinces. Ceci fait, placer la malade dans la position genu pectorale et aviver la muqueuse tout autour de la solution de continuité par laquelle on aperçoit la sonde qui assure l'intégrité du calibre de l'urètre ; faire des points de suture perpendiculaire à la sonde qui est laissée quelque temps en place. »

Si ce procédé ne réussit pas, Landau conseille le suivant qui est applicable surtout dans les cas où le bout inférieur de l'urètre est oblitéré.

Sur un cathéter introduit comme précédemment, faire une incision au niveau de l'extrémité inférieure

de l'urètre, vers le tiers moyen de la paroi supérieure du vagin ; établir entre le vagin et la vessie une fenêtre ovulaire de deux centimètres carrés, de façon à transformer la fistule urétéro vaginale en fistule vésico-vaginale, au niveau de laquelle vient déboucher l'urètre. Se comporter ensuite comme dans les cas de fistule urétéro vésico-vaginale.

Bandl a suivi à peu près le même procédé : il s'agissait de trois cas de fistules urétéro vaginales, les deux premiers consécutifs à des opérations de fistules vésico-vaginales, le troisième à un accouchement distocique.

Procédé de Schede. — Schede a eu à traiter deux cas de fistules urétéro vaginales, fistules encore consécutives à des accouchements laborieux. Dans le premier cas, il pratiqua le kolpocleïsis ; dans le second cas, il eut recours à un procédé consistant en deux opérations successives pratiquées à plusieurs jours d'intervalle.

Le but de la première est de créer une fistule vésico-vaginale artificielle ; celui de la seconde, l'établissement d'un canal artificiel entre l'orifice de l'urètre et l'orifice vésico-vaginal.

Schede (1) insiste particulièrement sur les difficultés que présentait ce cas. Le fond du vagin était tapissé par un tissu cicatriciel qui rendait l'examen très difficile. Ce ne fut qu'après plusieurs tentatives qu'il put se convaincre qu'il avait à faire à une fistule urétéro vaginale et non urétéro utérine comme il le croyait d'abord.

La fistule était cachée sous un pli de muqueuse et

(1) *Annales de gynécologie*, 1891.

située au fond d'une fossette cicatricielle sur les côtés d'une déchirure ancienne du col.

La fistule vésico-vaginale qu'il se proposait de créer dans le premier temps de son opération devait être placée exactement au niveau du point d'abouchement de l'urètre. Il enlevait en cet endroit de la paroi vésico-vaginale un lambeau d'environ deux centimètres carrés qu'il plaçait parallèlement à la portion inférieure de l'urètre.

Il était obligé de donner cette direction à son lambeau à cause de la présence du tissu cicatriciel et du voisinage de l'urètre opposé.

Pour préserver la fistule qu'il venait de créer de tout rétrécissement ultérieur, il sutura les muqueuses vésicale et vaginale sur la lèvre de la portion excisée, de manière à ourler l'ouverture ; c'est ce que faisait Hahn.

Quinze jours après cette première séance, il introduisit une sonde élastique dans l'urètre par la fenêtre artificielle, l'extrémité opposée de la sonde étant introduite dans la vessie puis attirée par l'urèthre. Après cela, il produisit un avivement annulaire en commençant autour de la fistule, tachant de conserver une zone de muqueuse intacte de trois à quatre millimètres au voisinage immédiat de l'orifice. De cette façon, les bords de la fistule recouverts de muqueuse intacte furent, après la suture, rebroussés dans la vessie en y formant une gouttière à l'extrémité de laquelle s'ouvrait l'urètre.

Schede attendait deux avantages de cette disposition ; d'abord, les parois de l'urètre restaient absolument intactes, puis, en second lieu, il ne pouvait se produire,

à l'orifice de l'urètre, ni rétraction, ni rétrécissement ; de plus, dans le cas où un cathétérisme eut été nécessaire, la gouttière où venait aboutir l'urètre aurait été d'un précieux concours.

Douze jours après l'opération, le travail de régénération était suffisamment avancé pour qu'on pût considérer la malade comme guérie.

Schede attire l'attention sur la difficulté qu'il éprouva à pratiquer le cathétérisme, difficulté qu'il rapporte à l'inflexion que subit l'urètre dans le travail de cicatrisation que nous avons signalé plus haut, inflexion qui eut pour conséquence de violentes douleurs accompagnées des symptômes de l'hydronéphrose.

Plusieurs mois s'écoulèrent depuis l'opération et Schede croyait à un succès complet, quand, deux ans plus tard, la malade s'aperçut qu'elle perdait de nouveau ses urines. Il procéda à un second examen et ne pouvait trouver la cause du délit quand il s'aperçut que des points de suture avaient été oubliés et s'étaient chargés de sels uriques, ce qui avait eu pour conséquence la formation d'une fistule vésico-vaginale, laquelle guérit très bien par les moyens ordinaires.

Procédé de Pozzi ou procédé du dédoublement. — Ce procédé se trouve décrit par Pozzi à propos d'un cas de fistule urétéro vaginale (1).

La fistule avait été opérée onze fois par le procédé ordinaire, suivant les indications fournies par le professeur Thouvenet, de Limoges, qui avait adressé la malade à Pozzi.

(1) *Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie*, 1887.

Ce dernier put assurer le diagnostic en introduisant la sonde urétérale de Pawlick à une profondeur de vingt et un centimètres; l'orifice était petit, pouvant admettre un hystéromètre seulement.

Pozzi se servit du procédé de dédoublement inauguré par Gerdy en 1861 (ce procédé fut vanté devant l'Institut par Leroy d'Etiolles, l'année suivante, et tomba dans le discrédit jusqu'à ce que Duboué de Pau vint le proposer de nouveau comme méthode générale en 1866) et que les auteurs tels que Blasius, Duboué, Colles, Walcher ont appliqué aux fistules vésico-vaginales ordinaires.

Il crut trouver dans le cas actuel une indication toute spéciale de ce procédé en permettant de rejeter l'orifice urétéral dans la vessie sans le comprendre dans la suture.

Pozzi place la patiente dans la position genu pectorale; il trace une incision transversale au niveau de la fistule, la dépassant de chaque côté d'un centimètre environ; une incision verticale à chaque extrémité lui donne la forme d'un H ($\equiv$ renversée); il dissèque les bords de l'incision transversale dans une étendue de un centimètre, de façon à obtenir deux petits lambeaux par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit au centre de la surface cruentée le petit orifice de la fistule. Il attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au devant de cet orifice et les affronte le mieux possible. Ces lambeaux sont soigneusement suturés par trois points profonds au fil d'argent et trois points superficiels. Après la suture et par l'adossement de leur face profonde, ils forment à la place où était la fistule une crête saillante.

Dans le cas qui nous occupe, la guérison fut rapide et obtenue en une seule opération qui, étant donnée la région où elle fut pratiquée, reçut le nom de colpoplastie.

Hergott a décrit dans les *Annales de gynécologie* de juin 1888, un procédé qui se rapproche de celui qu'a suivi Pozzi ; il s'agit du traitement d'une fistule vésico-vaginale avec mortification d'une portion de l'urètre gauche.

Cette observation s'éloigne un peu de celles que nous avons en vue dans ce travail ; nous la signalons à cause de la complication apportée par la mortification de l'urètre gauche, mortification qui a obligé le chirurgien à dégager le bout de ce canal du tissu cicatriciel, dans lequel il était englobé pour pouvoir lui permettre de rentrer dans la vessie.

Hergott dissèque et refoule vers la vessie, dans l'étendue d'un centimètre, l'urètre qui venait s'aboucher sur le bord de la fistule et où il put introduire une petite bougie.

A propos de ce cas, Pozzi fait remarquer que lorsque, pour une large fistule urétéro vaginale, on est assez heureux pour s'assurer ainsi de la position exacte de l'urètre, on peut se borner à ce dédoublement partiel portant sur la seule lèvre où il est indispensable, mais, ajoute-t-il, il arrivera fréquemment dans ces cas qu'au moment de l'opération, l'orifice ne pourra plus être retrouvé, et qu'alors il est préférable de dédoubler tout le pourtour de la fistule.

Dans une observation publiée dans le *Western* (1),

(1) *Western*, journal of. méd., octobre 1890.

Parwin, chirurgien anglais, a obtenu des succès par un procédé tout à fait original, et qui semble dû au hasard. Il commença par pratiquer une fistule vésico-vaginale, puis, quelques jours après, avivant une très large surface du vagin, il put la renverser de façon à placer l'orifice urétéral dans la vessie.

Procédé de Lannelongue. — Plus récemment Lannelongue tente une nouvelle méthode (1), qui consiste à fermer l'orifice de la fistule après avoir préalablement assuré une communication entre l'urètre et la vessie. Il s'agissait d'une malade chez laquelle on avait pratiqué l'hystérectomie vaginale pour un carcinome du col de l'utérus et chez laquelle l'auteur vit apparaître une fistule urétéro vaginale à la suite de l'opération.

Lannelongue commence par introduire une sonde en gomme élastique dans l'orifice fistuleux, il l'enfonce suffisamment afin d'assurer sa solidité ; puis, à l'aide du gros trocart courbe de Chassaignac, il perfore la paroi postérieure de la vessie, vis à vis de la fistule, immédiatement au-dessus de la voûte du vagin ; alors, il amène du vagin dans la vessie la sonde qui avait été introduite dans l'urètre.

Cette communication établie, il ne reste plus qu'à fermer la fistule. Pour obtenir ce résultat, Lannelongue se sert du procédé américain : la muqueuse vaginale est coupée en biseau tout autour de la fistule, de manière à en détacher un ruban circulaire dans les trois quarts environ de l'épaisseur de ses bords, laissant au-

(1) *Biar* : Thèse pour le doctorat.

dessus un liseré destiné à empêcher l'urine de venir, par son contact avec la suture, compromettre la réunion. Enfin on procède aux sutures.

Pour prévenir l'accumulation de l'urine, Lannelongue a le soin d'introduire dans la vessie par l'urètre une sonde courbée en S. Le but de cette sonde, qu'on laisse à demeure, est de s'opposer à l'accumulation de l'urine et, par suite, d'empêcher celle-ci de passer entre l'ouverture vésicale artificielle et la sonde en gomme élastique, et de prévenir la fâcheuse influence qu'elle pourrait avoir sur la réunion.

Dans un mémoire original rapporté dans les *Archives générales de médecine*, le docteur Chaput étudie et critique les résultats que l'on peut obtenir par l'abouchement des urètres dans l'intestin.

Les premières tentatives de ce genre ont été faites chez l'homme en 1851, par Simon, dans un cas d'extrophie de la vessie. Il passa un fil en anse à travers les parois de l'urètre et du rectum, puis noua fortement les deux chefs de son fil. Les tissus ne tardèrent point à se sphaceler, et une communication s'établit entre les deux organes. Malheureusement le résultat fut médiocre, car l'urine repassa par la fistule. Ce malade mourut de pyélo-néphrite.

Plus tard, en 1879, Thomas Smith (1), chez un enfant de sept ans, aboucha en deux séances les urètres dans la portion intestinale correspondante. La première opération réussit bien, la seconde provoqua une mort rapide. L'autopsie fut pratiquée, et l'on trouva d'un côté

(1) St-Barth., hosp. rep.

une hydro-néphrose par oblitération de l'urètre, et de l'autre de la pyélo-néphrite.

Les résultats obtenus par la greffe des urètres sur le rectum sont moins satisfaisants encore. Gluck et Zeller (1), les premiers en date, ont recouru à cet artifice ; de tous les animaux mis en expérience, un seul survécut et seulement jusqu'au quatrième jour.

Bardenheuer eut plus de succès : il se contenta de transplanter un seul urètre ; ses chiens survécurent, mais il constate chez eux un rétrécissement au niveau du point d'abouchement et une hydronéphrose consécutive.

Paoli et Busacchi (2) ont abouché les urètres non dans l'intestin, mais dans la vessie, en un point anormal. Comme dans l'abouchement dans l'intestin, les auteurs ont vu se produire un rétrécissement de l'orifice urétéral et, par suite, de l'hydronéphrose.

Dans une expérience originale, qui ne put être répétée chez l'homme, Poggi donna une autre méthode. Il commença par isoler une anse intestinale, puis abouchant les urètres dans l'anse séquestrée, il sutura cette dernière au col vésical ; le résultat de ce procédé ne fut pas heureux ; Poggi en tenta une autre. Après avoir coupé l'urètre transversalement sur des animaux, il en réunit les deux bouts au moyen d'un procédé de suture par invagination tout à fait semblable à celui de Jobert pour les plaies transversales complètes de l'intestin. Il affirme avoir obtenu de cette façon la cicatrisation parfaite sans rétrécissement.

(1) Berlin, Klin, Wochenschrif, 1881.

(2) Congrès médical de Pavie, 1888.

Tuffier (1), de son côté, s'est livré à de nombreux essais de ce genre ; il a eu encore moins de succès que Poggi ; toujours il vit se produire, à la suite de ses opérations, le sphacèle de l'urètre, des fistules urinaires, des péritonites et des rétrécissements. A la suture transversale, il préfère la suture longitudinale, du moins quand elle est possible.

Toutes ces tentatives, comme on le voit, ont donné peu de succès à leurs auteurs ; néanmoins on les a entrepris en clinique dans des cas où les autres moyens d'intervention paraissaient impraticables.

Dans la première observation de Chaput, il s'agissait d'une fistule urétéro vaginale inopérable ; il obtint la guérison en abouchant l'urètre dans l'S iliaque.

Voici cette observation telle qu'elle est rapportée dans la *Revue de médecine* (2).

« Il s'agit d'une malade de vingt-neuf ans, qui, atteinte de salpingite, fut opérée, en octobre 1891, par un chirurgien qui pratiqua une hystérectomie vaginale incomplète. A la suite de l'opération, il s'établit une fistule urinaire pour laquelle la malade entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Reclus que j'avais l'honneur de suppléer.

« En examinant la malade au spéculum, je constate qu'au fond du vagin, étroit et très profond, existe une dépression située à gauche au milieu de bourgeons

(1) *Annales des maladies des organes genito-urinaires*, 1888.

(2) Fistule urétéro vaginale guérie par l'abouchement de l'urètre dans le colon iliaque. Guérison par le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux.

charnus et de cicatrices, dépression au niveau de laquelle s'échappe l'urine ; le cathétérisme de la fistule est impossible.

« La malade m'ayant déclaré que malgré sa perte imminente d'urine par le vagin, elle urinait cependant en outre par l'urètre, je conclus à une fistule urétéro vaginale.

« La fistule étant située très haut, au milieu d'un tissu induré et loin de la vessie, je dus renoncer à l'idée de l'oblitérer par un des procédés classiques (Baudl, Simon, Landau, Pozzi) à cause de l'impossibilité d'établir une ouverture faisant communiquer l'urètre avec la vessie.

« La seule opération qui restait, d'après les données classiques, était la néphrectomie que j'allais pratiquer. Sur ces entrefaites, je pris connaissance de la communication du docteur Harry Reed (1) qui déclarait avoir fait avec succès chez le chien l'abouchement de l'urètre dans l'intestin. Après quelques essais sur le cadavre, j'exécutai l'opération en question.

« La malade ayant été préalablement préparée, je fis dans la fosse iliaque gauche, sur le prolongement de l'épine iliaque une longue incision cutanée verticale se recourbant au bas jusqu'à la ligne médiane. Après avoir ouvert largement le péritoine, je reconnus le gros intestin, que je fis refouler en dedans avec tout le paquet intestinal. J'incisai alors le péritoine pariétal recouvrant la fosse iliaque sur une hauteur de huit à dix centimètres et parallèlement à l'insertion du mésantère du gros intestin. Je décollais le péritoine

(1) *Bulletin médical*, septembre 1892.

jusqu'à la colonne vertébrale et me mis à la recherche de l'urètre.

« Une fois ce conduit trouvé, je le coupais entre deux pinces à crémaillère et je procédai à l'abouchement dans le colon iliaque. Je mis en contact l'orifice de l'urètre et la face postérieure et gauche du colon iliaque, les deux organes se rencontrant à angle aigu à sommet inférieur. Je fis d'abord une rangée de sutures sero-séreuses entre la demi circonférence postérieure de l'urètre et de l'intestin intact. J'incisai alors l'intestin dans une étendue et une direction correspondant à celles de l'orifice urétéral, et j'exécutai un second plan de suture muco-muqueux pour la demi-circonférence des lèvres postérieures des deux orifices. Chaque plan de suture se composait de trois à cinq points, le diamètre intérieur de l'urètre ne dépassait pas six à huit millimètres.

« J'exécutai enfin deux rangées de suture sur les lèvres antérieures, d'abord le plan muco-muqueux, puis le plan sero-séreux.

« Avant de fermer le ventre, je plaçai une grosse soie sur le bout périphérique de l'urètre et je mis une mèche de gaze au salol pour drainer la région décollée.

« Les suites de l'opération furent apyretiques et la malade guérit sans complication.

« L'écoulement d'urine par la vulve cessa aussitôt et s'établit par le rectum sans qu'il en résultât le moindre ennui pour la malade ; elle en est quitte pour évacuer trois ou quatre fois par jour des selles de consistance liquide composées d'urine mélangée aux matières fécales, actuellement la santé est parfaite. »

Dans la séance du 3 mai 1893, de la Société de chirurgie, Bazy (1) fit un rapport sur cette observation.

Produite au cours d'une hystérectomie vaginale incomplète, la fistule constatée par Chaput devait, au dire de Bazy, siéger dans la portion intra-pariétale de l'urètre, au voisinage immédiat de la vessie et, par conséquent, le chirurgien, dans son intervention, aurait dû songer à un abouchement plus physiologique en faisant ouvrir cet urètre dans la vessie. C'est ce qu'il fit dans une opération qu'il pratiqua avec Peyrot et dont nous publions plus loin l'observation.

Bazy considère comme un grand progrès la suppression d'une infirmité aussi pénible que l'écoulement constant et involontaire de l'urine; mais il trouve que cette infirmité est bien compensée par la nécessité d'aller plusieurs fois par jour à la garde-robe, d'autant plus que cette nécessité est le plus souvent impérieuse.

De plus, il craint le danger de l'infection de l'urètre qui vient s'ouvrir dans un milieu qui peut si facilement s'infecter.

Toutefois, si Bazy repousse d'une manière générale l'abouchement de l'urètre dans le gros intestin, il l'admet toutes les fois que la dérivation des urines paraît indiquée et, en particulier, lorsque la fistule urétérale siège trop haut pour qu'on puisse aboucher directement ce conduit dans la vessie.

Quoiqu'il en soit, il demeure parfaitement acquis, par l'observation de Chaput, qui a suivi sa malade pendant

(1) *Société de chirurgie*, séance du 3 mai : Rapport sur l'observation du docteur Chaput.

plus d'une année, que l'implantation de l'urètre dans l'intestin est possible et qu'elle ne paraît avoir aucun inconvénient ni pour le rein, ni pour l'intestin.

L'abouchement des urètres dans l'intestin est une opération difficile, qui demande, de la part du chirurgien, une grande habitude.

Cet abouchement peut avoir lieu en des points multiples du tube digestif : au niveau du rectum, du colon ascendant ou descendant ou même dans l'intestin grêle.

Tizzoni et Poggi (1) ont encore fait déboucher les urètres dans une anse intestinale isolée qui venait s'ouvrir à la peau, dans l'urètre ou dans une autre portion d'intestin.

Le docteur Chaput repousse l'abouchement au niveau du rectum ou dans l'intestin grêle ; il trouve ces deux procédés impraticables parce que les urètres sont trop éloignés du rectum, ce qui rend les manœuvres difficiles et dangereuses, et aussi parce que le contact de l'urine au niveau de l'intestin grêle peut gêner le travail de la digestion.

L'implantation des urètres dans les colons ascendant et descendant sont plus faciles et plus physiologiques.

C'est à cet abouchement que les auteurs devront avoir recours.

Le point difficile est l'établissement des sutures. Voici le procédé enseigné par Chaput (2).

On commence par fixer, à l'aide de trois à quatre points musculo-muscleux la lèvre postérieure de l'o-

(1) *La Reforma medica*, 1888.

(2) De l'abouchement des urètres dans l'intestin, par M. le docteur Chaput. (*Archives générales de médecine.*)

rifice de l'urètre à l'intestin encore intact, puis on incise l'intestin dans l'étendue de un centimètre environ, à quelques millimètres au-dessous des sutures précédentes.

Ensuite on exécute la suture muco-muqueuse des lèvres postérieures des deux orifices; puis la suture séro-séreuse ou plutôt musculo-musculaire de ces mêmes lèvres antérieures.

Enfin, on place quelques points complémentaires aux extrémités de l'orifice intestinal qui bâille un peu; il ne reste plus qu'à drainer la région décollée avec une mèche de gaze et à suturer la paroi abdominale.

En critiquant l'observation de M. Chaput, observation que nous avons publiée plus haut, Bazy trouve que l'inconvénient dû à l'écoulement constant et involontaire de l'urine, est insuffisamment compensé par la nécessité d'aller à la selle quatre ou cinq fois par jour. C'est pour éviter ces selles, qui se multiplieraient encore si les urètres abouchaient tous les deux dans l'intestin, que les auteurs proposent de faire aboucher les urètres dans une anse grêle qui aboutirait elle-même dans le colon iliaque.

Dans ce cas, l'opération aurait lieu en deux temps. On commencerait d'abord à pratiquer une double section sur la face de l'intestin grêle, de façon à isoler une anse dont on oblitérerait les deux bouts par invagination, après en avoir soigneusement lavé l'intérieur. Les deux autres bouts utiles d'intestins seraient réunis l'un à l'autre par le procédé d'entéroraphie qu'on jugerait convenable.

Au bout d'une quinzaine de jours, on ouvrirait de

nouveau le ventre, l'anse sequestrée se trouvant très distendue par le suc intestinal.

On aboucherait alors les deux urétéres aux deux extrémités de l'anse isolée, d'après la technique indiquée plus haut, et on aboucherait en outre la partie moyenne de l'anse dans le colon iliaque par un orifice de un centimètre environ.

Je ne signalerai que pour mémoire l'abouchement de l'anse sequestrée dans l'urétère ou à la peau.

Ce ne sont là que des tentatives physiologiques difficiles et dangereuses, et qui n'ont encore reçu le contrôle d'aucun essai clinique.

Procédé de l'urétéro-cystoneostomie. — Pour remédier aux inconvénients dus au procédé de l'abouchement des urétéres dans l'intestin, Bazy (1) a proposé d'imiter la nature et d'aboucher l'urétère dans la vessie, procédé qu'il a appelé « urétéro-cystoneostomie ».

Dans l'observation rapportée par ce chirurgien, il s'agissait d'une malade à laquelle trois mois auparavant on avait fait l'hystérectomie vaginale pour un fibrome ; à la suite de cette opération, il se produisit une fistule urétéro vaginale.

Bazy pratiqua la laparotomie et chercha l'extrémité inférieure de l'urétère ; il la trouva séparée de la vessie par un tissu cicatriciel de un centimètre et demi de longueur.

Il sectionna ce canal et incisa la vessie au même niveau.

Il réunit ensuite les lèvres de l'incision urétérale à celles

(1) Lecture à la séance de l'Académie de médecine, 7 novembre 1893.

de l'incision vésicale par des sutures avec des fils de soie. Enfin il sutura le péritoine par dessus et referma le ventre, après avoir mis une mèche aseptique.

A partir de l'opération, la malade ne perdit plus ses urines par le vagin.

L'urètre et la vessie reçurent chacun une sonde à demeure en caoutchouc rouge; cette sonde resta en place cinq jours. L'examen cystoscopique, pratiqué un mois après l'opération, montra l'orifice urétéral sous la forme d'une fente ovale, dirigée en sens inverse de l'orifice normale; sa longueur était de un centimètre environ.

En outre le rein, qui était manifestement hydronéphrotique avant l'opération, avait repris son volume normal au moment de l'examen.

Bazy conclut de cette observation qu'en présence d'une infirmité aussi pénible que celle d'une fistule urétéro vaginale, il est possible de faire de la chirurgie à la fois réparatrice et conservatrice.

Il fait remarquer que cette opération convient spécialement aux cas dans lesquels ni l'urètre, ni le bassin, ni les reins, ne sont infectés. Si cette complication survenait, on serait obligé de procéder à une désinfection au moyen d'un sondage urétéral.

Elle paraît indiquée dans les cas d'hydronéphrose causée par une lésion accidentelle, chirurgicale ou primitive, ayant amené une obliteration avec fistules urétéro muqueuse, ou urétéro-cutanée, ou bien enfin le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'urètre.

Procédé de l'urétéro-uréterostomie. — A la Sohns

Hopthins, hospital society; Finney (1), médecin américain, fit la communication suivante :

Il eut à traiter une femme atteinte de volumineux fibromes utérins à évolution rapide et dont les complications compromettaient la vie de la malade. Après la laparatomie, il trouva sur le côté droit un gros vaisseau dilaté qu'il reconnut pour être l'urètre. Mais, cet urètre était si intimement uni à la tumeur que l'ablation de celle-ci était impossible sans enlever une portion du canal.

Deux ligatures furent placées au-dessus et au-dessous de la partie dont la resection était nécessaire et la myomectomie achevée.

Pour obvier à l'accident opératoire qui venait de se produire, M. Finney résolut d'aboucher par invagination le bout supérieur de l'urètre divisé dans le bout inférieur resté intact.

C'est ce qu'avait tenté, quelques temps auparavant, Van Hook, de Chicago, mais seulement sur le chien (2).

Voici comment il procéda :

Le bout inférieur de l'urètre fut fermé par une double suture; ceci fait, sur la partie latérale de ce bout inférieur, il pratiqua une boutonnière d'environ un centimètre de long. Dans la bouche ainsi créée, il engagea le bout supérieur de l'urètre dont la lumière avait été préalablement taillée en biseau et aussi élargie. On réunit le bout inférieur au bout supérieur par des

(1) *Bulletin médical* du 6 février 1894.

(2) *Bulletin médical*, mai 1893.

fils de calgut fins, placés assez haut sur le bout supérieur pour qu'en les serrant ce bout supérieur s'engageât de un centimètre environ dans le bout inférieur.

On termina l'opération par un second plan de sutures dont les anses comprenaient seulement la tunique externe des bouts supérieur et inférieur de l'urètre. Quand ces anses furent serrées, la coaptation était parfaite.

La malade a été vue par M. Finney, un an après l'opération, parfaitement guérie et sans avoir éprouvé le moindre accident.

II. — MÉTHODE DE L'OBLITÉRATION INDIRECTE

Quand tous les procédés que nous avons décrits jusqu'ici ont échoué, on est autorisé à appliquer le traitement de l'oblitération indirecte.

Comme son nom l'indique, ce procédé consiste soit à obturer le canal génital au-dessous de la fistule, soit à extirper le rein du côté où siège la perforation de son conduit excréteur.

Procédé du kleisis génital. — Dans sa thèse inaugurale soutenue en 1876, le Double (1) s'est fait le défenseur de ce procédé qu'il considère comme le plus perfectionné.

Par le kleisis génital on tâche de remédier à l'incontinence d'urine sans atteindre la fistule qui en est la cause. Dans ce but, on crée une barrière imperméable qui empêche le passage incessant de l'urine par le vagin;

(1) *Le Double* : Thèse pour le doctorat, 1876.

on force ainsi le liquide secrété à refluer dans la vessie et à être éliminé par l'urètre.

Cette barrière imperméable s'obtient en oblitérant les voies génitales dans un point déterminé de leur étendue; mais auparavant on a soin de créer une fistule vésico-vaginale artificielle.

Cette opération, très ancienne, a été pratiquée pour la première fois en 1832 par Vidal de Cassis. Depuis, elle a subi bien des alternatives à cause de la difficulté que les chirurgiens éprouvaient pour la réussir.

Heidelberg, le premier, en 1856, parvint à obtenir un kolpokleisis irréprochable.

Les occlusions vaginales par l'avivement et la suture sont de deux espèces. Les premières sont mixtes, c'est-à-dire qu'elles siègent au niveau de la voûte du vagin et que le col de l'utérus, enclavé dans la vessie ou le rectum, concourt à fermer le vagin; ce sont donc des occlusions cervico-utéro-vaginales. Les secondes sont constituées par l'accolement direct des parois du vagin.

Tous ceux qui ont pratiqué cette opération ont reconnu l'utilité d'un avivement large et profond et l'importance d'une double suture : une superficielle, et une profonde.

Dans la critique que nous ferons au chapitre suivant des différents procédés que nous venons de passer en revue, nous verrons les avantages que l'on peut tirer du kleisis génital.

Néphrectomie. — Après les expériences déjà anciennes de Blancard et de Zambeccarius, à la fin du ^{xvii}^e siècle, Comhaire, en 1803, avait démontré que les

animaux peuvent vivre avec un seul rein ; plus tard les recherches des physiologistes tels que Prevost, Dumas, Cl. Bernard avaient confirmé ces résultats, mais on n'avait pas osé aller plus loin et Rayer ne craignit pas d'avancer que l'extirpation d'un rein chez l'homme serait une folie ; ce n'est que plus tard, le 2 août 1869, que Simon d'Heidelberg (1), dans un cas de fistule urétéro vaginale, après avoir vainement essayé d'établir une communication entre l'urètre et la vessie et de fermer ensuite la fistule, procéda mis en pratique par Lannelongue, enleva le rein. Cette tentative fut suivie d'un succès complet.

Après Simon, plusieurs auteurs ont eu recours à la néphrectomie, surtout dans ces dernières années, pour guérir des fistules de l'urètre ; et, cette opération a pris dans le traitement de ces dernières une importance assez grande pour que nous nous croyions obligés d'entrer dans quelques considérations.

La néphrectomie peut se faire ou par la voie lombaire ou par la voie abdominale ; elle est appelée, suivant le cas, extrapéritonéale ou transpéritonéale. La première, jusqu'en 1872 environ, a seule été employée ; la seconde doit son existence à des erreurs de diagnostic, erreurs qui ont montré que l'extirpation renale pouvait être pratiquée à travers la cavité abdominale.

Elle est réservée pour l'ablation des tumeurs volumineuses ou des reins flottants ; tandis que la première est préférée dans les autres cas et notamment dans les fistules de l'urètre (2).

(1) *Chirurgie der Nieren.*

(2) *Biarl* : Thèse pour le doctorat.

On commence par pratiquer une incision verticale qui s'étende de la douzième côte à la crête iliaque, au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire.

On divise la peau ; le tissu cellulaire sous-cutané ; le fascia superficialis et l'aponévrose très résistante qui recouvre en arrière la masse commune des muscles vertébraux. On découvre ainsi le bord externe du muscle sacro-lombaire que l'on porte le plus possible en dehors à l'aide d'un écarteur. — Une autre aponévrose apparaît, moins résistante que la première, c'est le feuillet postérieur de l'aponévrose du muscle transverse, elle forme avec le feuillet antérieur la loge du muscle carré des lombes. On fait une boutonnière à ce feuillet qu'on soulève et qu'on divise en haut vers la douzième côte et en bas vers la crête iliaque. Un peu en dehors, on aperçoit le bord externe du muscle carré des lombes que l'on écarte en dedans.

Dès lors, il ne reste plus qu'à diviser le feuillet antérieur de la loge ainsi découverte et on tombe dans une cavité circonscrite par la douzième côte, la crête iliaque et la colonne vertébrale ; dans cette cavité se trouvent le rein et le colon.

Déjà en portant la main dans cet espace on peut à travers la capsule adipeuse sentir les contours du rein, caché profondément dans son tiers supérieur par la douzième côte.

On peut, dès ce moment, décortiquer le rein en déchirant avec les doigts le tissu cellulo-adipeux qui enveloppe l'organe. Il importe de procéder à cette opération avec lenteur et précaution afin d'éviter les hémorragies qui se produisent avec la plus grande faci-

lité. Ainsi libéré de son atmosphère celluleuse, on peut aisément saisir le rein et l'attirer; le pédicule devient alors accessible; après l'avoir bien isolé, on le divise et on fait deux ligatures.

Tel est le procédé décrit par Simon (in chirurgie der Nieren).

Pour éviter les hémorragies qui peuvent se produire sous l'influence des tractions, Linser conseille de pratiquer d'abord la ligature du pédicule.

Quelles que soient les précautions que l'on prenne pour faire la décortication, il est souvent impossible d'éviter la production d'hémorragies et la déchirure de l'organe, comme par exemple, lorsqu'à la suite d'inflammation, de suppuration antérieures, des adhérences ont fixé le rein à ses enveloppes.

Aussi considère-t-on les hémorragies comme une des complications les plus graves de la néphrectomie; car en raison de leur abondance, elles peuvent amener rapidement la mort du malade.

En pareil cas, la meilleure conduite à tenir est de placer sur le pédicule une de ces longues pinces usitées dans l'hystérectomie vaginale, sous le nom de pince à ligament large.

Dans le chapitre suivant, nous reviendrons sur les suites de la néphrectomie. Nous ferons remarquer seulement ici que les vomissements que l'on voit survenir à la suite de cette opération sont à peu près constants, leur pathogénie est encore incertaine. Quelques auteurs les ont attribués à la ligature de l'urètre et consécutivement recommandent de ne point pratiquer cette ligature. D'autres en font des accidents urémiques; ils les

considèrent comme nécessaires avant l'établissement de la suppléance fonctionnelle.

Dans son observation sur une néphrectomie pratiquée pour une fistule urétérale consécutive à une ovariectomie double pour kystes multiloculaires, Billroth croit avoir perdu son opérée pour avoir négligé la ligature de l'urètre, ce qui, dit-il, aurait permis à l'urine de refluer de la vessie dans le bout inférieur de ce conduit et de tomber de là dans la cavité péritonéale. On ne peut admettre une pareille explication quand on considère la manière dont se fait l'abouchement de l'urètre dans la vessie.

Une fois l'opération terminée, on se comporte comme dans le cas où une suppuration abondante doit se produire : on place dans la plaie des drains de fort calibre pour faciliter l'écoulement du pus ; on ne les enlève que lorsque la suppuration a à peu près complètement disparu et que la cavité est comblée par les bourgeons charnus.

A ce propos on trouve dans une observation de Zweifel pour néphrectomie qu'il ne plaçât pas de tube à drainage dans la plaie parce que l'urètre permet au pus de sortir par le vagin et remplit le rôle de drain naturel !

CHAPITRE III

D'une façon générale, que deviennent les fistules de l'urètre? A part les cas où ces fistules succèdent à des traumatismes et où l'urine, séjournant dans les tissus, s'altère, détermine des abcès urineux et expose les malades à tous les dangers de l'intoxication urineuse ou infectieuse; on peut dire d'une manière générale que les fistules urétéro vaginales livrées à elles-mêmes durent indéfiniment, ne présentant aucune gravité au point de la santé générale.

Mais ces cas sont très rares, et c'est précisément en raison de cette rareté que les médecins ne doivent pas laisser livrées à la malpropreté et au dégoût d'elles-mêmes, les malheureuses atteintes de cette infirmité d'autant plus que, comme nous venons de le dire, elles ont beaucoup de chance d'être emportées par une néphrite ascendante.

Aussi la conduite du chirurgien en présence d'une pareille affection ne doit-elle point être celle de l'expectative.

Le choix des moyens qu'il a à sa disposition est grand, trop grand, car c'est précisément à cause de leur imperfection ou des difficultés que présente leur mise à exécution qu'ils sont si nombreux; c'est le cas de dire ici que richesse est synonyme de pauvreté.

Les cautérisations, qui sont généralement le premier traitement essayé, n'ont donné presque toujours aucun résultat, qu'elles soient dues à des agents chimiques, au galvano-cautère ou au thermo-cautère.

Et même, en étudiant les observations de Simon, d'Alquié, de Panas, de Winckel et de Duplay, on voit qu'elles ont été suivies de phénomènes alarmants rapportés par Laugier à la rétention passagère de l'urine, par suite du gonflement des bords de la fistule et des contractions spasmodiques de l'urètre, sous l'influence de l'excitation.

Les appareils prothétiques sont d'une application très défectueuse, presque toujours insuffisants. Ils ne peuvent être appliqués que dans des cas bien déterminés; dans les fistules urétéro utérines, et non dans les fistules urétéro vaginales. Du reste, ils ne peuvent que très difficilement empêcher l'irritation des tissus par le contact de l'urine, et ils ne soulagent que bien imparfaitement les ennuis moraux liés à l'incontinence.

Tuffier signale dans son article « fistules de l'urètre » du *Traité de chirurgie*, le cathétérisme permanent de ce conduit; c'est un moyen qu'on peut rapprocher de l'usage des appareils prothétiques.

Les procédés de réparation classiques, tels que les ont pratiqués Simon, Baudl, Schede, Pozzy, sont des moyens qui ont donné de bons résultats; mais aussi, souvent les mêmes chirurgiens qui les avaient enseignés et préconisés ont dû terminer leur traitement par la néphrectomie, parce que les malades ne tiraient de ces moyens plastiques qu'une amélioration insuffisante, et aussi parce que les malades infectées au cours des

interventions ou à leur suite, étaient atteintes par la suite de pyélite, de pyélonéphrite ou d'hydronéphrose.

Dans le « Charité-Annalen, XV jahe » Gusserow (1) décrit un cas intéressant de fistule urétéro vaginale, survenue après l'hystérectomie vaginale.

On pratiqua le procédé de Simon, puis le kolpo kleisis; seulement au bout de quelque temps, la fistule vésico vaginale créée se referma spontanément, si bien qu'on fut obligé d'en établir une autre en excisant une petite partie de la paroi vésicale.

Trois mois après, on refit une seconde fois le kolpo kleisis, et la guérison s'est maintenue pendant un an. Au bout de ce temps, la malade revint avec une cystite purulente et des calculs accumulés dans le vagin, de sorte qu'on fut obligé de sectionner la cicatrice. Il ne restait donc plus qu'à faire l'extirpation du rein, ce qui fut fait quelques jours après, car les derniers accidents présentés par la malade montraient que les sécrétions vaginales suffisaient pour provoquer la décomposition de l'urine.

Quant à l'abouchement des urétéres dans l'intestin, c'est un procédé qui, comme le dit Chaput, ne doit pas être un procédé de choix, mais bien une opération de nécessité. Elle n'est applicable que lorsque les autres méthodes compatibles avec la conservation des reins, sont impossibles ou contre indiquées.

Le même raisonnement s'applique au procédé décrit et appliqué par le docteur américain Finner; à l'anas-

(1) Em Tall von Ureterscheiden fistel, par Gusserow; *Charité-Annalen*.

tomose du bout inférieur de l'urètre avec la vessie ou avec l'urètre correspondant.

Ce sont autant de méthodes plutôt physiologiques que chirurgicales très difficiles dans la pratique.

Néanmoins il semble qu'un élément, dont doit tenir grand compte le chirurgien, réside dans l'état du rein correspondant à la fistule. Et cela d'autant mieux que presque toujours une fistule urétéro vaginale exerce une grande influence sur la sécrétion urinaire.

Dans un cas où il eut à intervenir pour une fistule consécutive à un accouchement, Schatz de Rostock (1) recueillit séparément l'urine qui venait de la vessie et celle qui venait du vagin. Il constata qu'à égale quantité d'urine recueillie dans le vagin et dans la vessie la couleur, le poids spécifique et le contenu étaient différents.

Baudl, dans des cas analogues, fit le même examen et arriva aux mêmes conclusions. Il ressort de ces observations que les fistules urétérales agissent réellement sur la sécrétion du rein correspondant. Pour expliquer cette influence, on croit volontiers à une infection par des micro-organismes venus du vagin. L'interprétation de ce fait physiologique est difficile.

Bowmann et Ludwig ont donné chacun une théorie. Pour le premier, l'altération commencerait dans les glomérules avec une augmentation de sécrétion ; alors que la fonction des épithéliums des canalicules urinaires resterait la même et donnerait la même masse de

(1) *Annales de gynécologie*, 1891.

substances solides; pour le second, l'altération commence immédiatement dans les canalicules urinaires.

Quoiqu'il en soit, cette altération de la fonction rénale doit beaucoup peser sur la décision du chirurgien.

Si l'on fait la statistique (1) de tous les cas de néphrectomie, on est frappé de ce fait, c'est que parmi les différents cas qui ont nécessité cette opération, ce sont ceux consécutifs à des fistules urétéro vaginales qui ont donné le plus de succès. C'est ainsi que dix-huit fistules de l'urètre ont donné treize guérisons et cinq morts tandis que trente-six autres cas (reins flottants, néoplasmes, hydronéphroses, etc.) ont donné seize morts pour vingt guérisons seulement.

On peut conclure de là que les résultats fournis par l'extirpation du rein dans les fistules de l'urètre ne sont point à dédaigner et il semble que c'est là que cette redoutable opération obtient le plus grand nombre de ses succès.

Toutefois, nous sommes loin de partir de ce raisonnement pour soutenir qu'il est bon de recourir à la néphrectomie dans tous les cas de fistules urétéro vaginales.

Si on pouvait prouver que la néphrectomie est une opération sûre et peu dangereuse, que les guérisons ont été définitives, on pourrait, sans hésiter, accepter ce moyen de traitement qui, du coup, guérirait et la néphrite et la fistule.

Mais cette démonstration n'est pas faite d'une façon suffisante, le rein est profondément placé; pour décou-

(1) *Allen* : Thèse pour le doctorat, Munich, 1890.

vrir sa partie supérieure on est souvent exposé à ouvrir le péritoine et la plèvre ; le pédicule contient des vaisseaux très volumineux dont la section donne quelquefois lieu à d'abondantes hémorragies, autant de conditions qui font de la néphrectomie une opération dangereuse et souvent difficile.

De plus, on voit souvent les suites de l'opération se compliquer de vomissements très pénibles pour le malade sans parler des autres accidents urémiques qui se montrent souvent à ce moment. Enfin, il faut encore tenir compte du choc opératoire qui expose la malade, surtout si elle se trouve dans un état prononcé de faiblesse, faiblesse amenée par des tentatives opératoires faites avant l'intervention. C'est à ces divers accidents que Billroth et Lefort ont attribué la mort de leurs opérées.

Et même, quelque temps après l'opération, il n'est pas rare de voir la mort être le résultat d'une hémorragie secondaire par le pédicule (Meadows) ou d'une péritonite diaphragmatique propagée aux deux plèvres (Simon, dans *Chirurgie der Nieren*).

Ce dernier auteur attribua la mort d'une de ses opérées non à son intervention, mais à une prune non mûre avalée par sa malade !

Reste la question plus importante encore peut-être que tout ce que nous venons d'exposer, des conséquences éloignées de la néphrectomie. Cette question ne peut-être résolue, car tous les malades ont été perdus de vue et généralement les auteurs n'ont aucun renseignement sur l'état de leur santé, un certain nombre de mois ou d'années après l'opération.

Boekel, dans le *Bulletin et mémoire de la société de chirurgie*, rapporte le cas d'une de ses opérées morte de récédive cinq mois après l'opération ; en faisant son autopsie, il trouva le rein opposé atteint de dégénérescence amyloïde. A la société de chirurgie, Verneuil (1) expliqua ce phénomène en disant que cette dégénérescence était probablement le résultat du surmenage de l'organe, et que la malade de Boekel devait fatalement mourir de ses reins.

Cette interprétation de Verneuil est en rapport avec les essais que Torre fit sur le chien en 1877. Ce physiologiste constata que l'ablation d'un rein déterminait rapidement dans l'autre rein « une hypertrophie avec chute partielle de l'épithélium, dilatation et varicosité des tubuli ; enfin prolifération de la gangue conjonctive ». Ces lésions, ajoute l'auteur, seraient probablement devenues plus graves avec le temps. En présence de ces résultats, on s'explique l'hésitation du chirurgien qui peut se demander si pareil processus ne se produira pas chez l'homme.

Néanmoins, nous reviendrons à notre proposition première et nous dirons qu'il est des cas où la néphrectomie s'impose, et en général ce sont les cas de fistules traumatiques : la fistule persiste sans conséquence fâcheuse bien sensible, mais le rein n'en poursuit pas moins son travail d'altération lente mais sûre ; ou encore, une cavité s'est formée profondément, l'urine et le pus y séjournent, la malade maigrit, perd ses forces, ses traits s'altèrent, et si on n'intervient pas, dans un délai plus ou moins éloigné, elle succombera fatalement.

(1) *Annales de gynécologie*, 1878-9.

Que faire alors ? On ne peut songer aux moyens fournis par la méthode d'oblitération directe et l'indication d'enlever le rein devient parfaitement nette.

Dans son paragraphe sur le traitement des fistules urétérales, Tuffier (1) est arrivé à ces mêmes conclusions :

« Pour les fistules gynécologiques, dit-il, c'est l'anastomose du bout inférieur de l'urètre avec la vessie qu'il faut rechercher, soit qu'on fasse une greffe directe, soit qu'on agisse par autoplastie. Là encore, les difficultés opératoires sont variables suivant les cas d'une façon générale, si cette anastomose n'est pas possible, les tentatives d'occlusion par avivement à quelques centimètres au-dessous de la fistule et suture transversale peuvent réussir. Enfin, le kolpo kleisis ou occlusion vaginale et la néphrectomie seront les deux dernières ressources auxquelles on aura recours. Il est impossible, avec les faits publiés, de poser les indications de l'une ou de l'autre de ces deux opérations.

« L'âge de la malade, la cause de la fistule, et par conséquent le service à attendre de l'opération principale, sont des éléments importants. »

(1) *Traité de chirurgie*, article *Fistules de l'urètre*.

OBSERVATIONS

Observation I^{re}, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Condamin (extraite de ses notes gynécologiques, parues en septembre 1893).

Bl. M..., âgée de vingt-deux ans, entre à la Charité, service de M. le professeur Laroyenne, le 3 janvier 1893. Cette malade jouit d'un excellent état général et ne souffre du ventre que depuis six à huit mois. Bien réglée habituellement.

Ces derniers temps, à la suite de fatigues génitales et autres, elle a vu augmenter les légères douleurs qu'elle ressentait du côté gauche. A son entrée à la Charité, on constate une collection probablement pyo-salpingienne du côté gauche, avec empâtement notable de ce côté. Du côté droit, un peu sensible cependant, on ne trouve pas de lésions bien manifestes.

Le 6 janvier 1893, M. le professeur Laroyenne pratique une ponction, avec large débridement, suivant sa méthode, de la collection purulente. Il s'écoule un verre de pus environ. Une éponge d'abord, puis des mèches de gaze iodoformée, sont placées à cheval sur l'orifice laissé par la ponction et le débridement. La malade est immédiatement soulagée; la température baisse et au bout de quelque temps, on lui permet de rentrer chez elle à la condition qu'elle reviendra immédiatement se faire placer une mèche iodoformée si celle qu'elle porte tombe. Elle rentre chez elle et ne se préoccupe pas autrement de ces recommandations, se fatigue, etc.; bref, elle rentre le 20 février 1893 avec une nouvelle collec-

tion du côté gauche. L'ancien orifice est à peu près comblé. M. le professeur Laroyenne croit un nouveau débridement indispensable pour la guérison de cette malade et y procède immédiatement. A la suite de celui-ci, on constata une fistule urétéro vaginale gauche.

Le débridement n'avait pas dépassé les limites ordinaires ; mais dans ces cas d'interventions secondaires les urètres ont suivi la rétraction de la poche, sont attirés en arrière et en dedans, et par suite plus sujets à être intéressés par le tranchant des métrotomes.

Les symptômes pyo-salpingiens s'amendent complètement les jours suivants, mais les urines s'écoulent toujours partiellement par le vagin. Les urines émises par la miction ne dépassent pas 700 à 800 grammes.

Le 20 mars, les urines perdues par la fistule urétérale ne diminuent pas de quantité. La malade, munie d'un urinal qui recueille les urines perdues par le vagin, rentre chez elle.

Quelques jours après, elle éprouve brusquement une courbature générale avec grands frissons ; elle se met au lit d'abord, puis rentre de nouveau à la Charité le 16 mai 1893.

On constate alors, par la palpation abdominale combinée à la palpation lombaire, le rein gauche notablement augmenté de volume et surtout très douloureux. Les douleurs s'irradient également le long de l'urètre correspondant qui est douloureux et appréciable au toucher.

Quantité d'urine émise en vingt-quatre heures par la miction : 600 grammes.

En face de cet état on propose à la malade une néphrectomie qui est acceptée.

19 mars 1893. — Néphrectomie lombaire par MM. Laroyenne et Condamin. Incision lombaire un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Aucun incident à noter. L'hémostase du pédicule rénal est faite par une longue pince courbe et deux pinces hémostatiques ordinaires qui sont laissées en place pendant soixante-quatre heures.

Léger tamponnement à la gaze iodoformée de la portion inférieure de la plaie.

Examen du rein. — Le rein enlevé est d'un tiers plus gros qu'un rein normal. Il s'est laissé décortiquer facilement et présente à sa périphérie une série de petits joints jaunâtres bourgeonnants et très congestionnés. Voici ce qu'a donné l'examen histologique fait par M. Regaud :

« Le rein est profondément altéré.

« Les épithéliums des tubuli contorti et des canaux d'excrétion ne sont pas très lésés. Tout en présentant un état catarrhal évident, caractérisé par une légère desquamation en certains points, l'abrasion des extrémités cellulaires presque partout dans les tubes contournés, enfin par la présence de cylindres d'espèces variées occupant la lumière des tubes, il est certain que ces lésions sont secondaires, car les noyaux de tous ces épithéliums sont fort bien colorés. Il n'y a donc pas de néphrite épithéliale proprement dite.

« Les glomérules sont beaucoup plus atteints. Quelques-uns sont entièrement fibreux. D'autres sont en voie de le devenir. La plupart sont aplatis dans un coin de la capsule de Bowman et vides de sang. La cavité capsulaire est occupée par un exsudat albumineux. Il est des groupes de glomérules presque intacts.

« Les grosses lésions sont interstitielles.

« En certain point, plus fréquents dans la substance corticale ou à la limite des pyramides, les éléments nobles du rein sont enserrés dans du tissu fibreux définitivement organisé. Beaucoup plus fréquemment, le tissu fibreux est en voie de formation : les tubes contournés et les sections de tubes droits apparaissent, sur les coupes, dissociés, écartés les uns des autres, et leurs intervalles sont occupés par un tissu connectif encore riche en cellules, et dont les travées fibrillaires sont lâches.

« Enfin il existe des points nombreux d'œdème intense périglomérulaire et péritubulaire.

« Sous la capsule du rein, il existe des points d'hémorrhagie interstitielle de cause inconnue.

« Sur des coupes traitées par la méthode de Gram-Weigert, il n'a pas été vu de microbes.

« Il est fort regrettable à tous égards, et particulièrement pour l'étude de la congestion et de l'œdème, que la pièce n'ait pas été fixée, en fragments plus petits, par le liquide de Müller.

« Léger degré de sclérose périvasculaire.

« En résumé, néphrite interstitielle en voie d'évolution ; lésions épithéliales secondaires.

« Les coupes ont été soumises à l'examen de M. le professeur Renaut, dans le laboratoire duquel cet examen a été fait. »

20 mai. — La malade va bien. Pas de schok. Quantité d'urine émise par la miction : 400 grammes. Elle ne perd plus par sa fistule vaginale.

22 mai. — On enlève les pinces. Etat général très bon, malgré un peu de température.

24 mai. — Vives coliques dans la journée d'hier et d'aujourd'hui. Les règles, qui étaient en retard de quinze jours, et qui lui faisaient craindre un début de grossesse, apparaissent. Ce détail montre combien la malade s'était peu ménagée chez elle ; il est de nature également à rassurer, au point de vue génital, les malades qui perdent leurs urines.

25 mai. — Les urines prises directement dans la vessie par la sonde présentent un dépôt abondant renfermant de nombreux globules blancs, des urates et des cristaux d'acide urique.

27 mai. — L'état général est excellent. La température est tombée. On diminue les mèches de gaze iodoformée qui drainent la partie supérieure de la plaie.

1^{er} juin. — La malade se lève. Quantité d'urine émise en vingt-quatre heures : 1.600 grammes.

Examen des urines : 10 grammes 8 d'urée par litre ; 15 grammes 4 en vingt-quatre heures. — Acide phospho-

rique : 2 grammes par litre, 3 grammes en vingt-quatre heures.

Pas de sucre. Un peu d'albumine.

9 juin. — La malade se plaint de souffrir un peu au niveau de la fosse iliaque gauche. Elle garde le lit. On sent au palper un peu de tuméfaction sur le trajet de l'urètre gauche. T. 38°6.

10 juin. — La fistule urétéro vaginale s'est rouverte et a donné issue à une certaine quantité de liquide séro-purulent. A partir de ce moment, la malade souffre de moins en moins. La plaie lombaire est complètement cicatrisée.

20 juin. — La malade rentre chez elle complètement guérie.

Revue en septembre 1893, les urines sont normales. Elle ne souffre plus, ni du côté de ses annexes, ni du côté du rein. On ne perçoit plus le trajet de l'urètre gauche.

Revue en mars 1894, la santé est toujours parfaite.

RÉFLEXIONS. — Cette observation, comme on le voit, est très suggestive. Elle nous montre d'abord que dans les ponctions avec débridements, d'après la méthode de Laroyenne pour les supurations du petit bassin, il faut, quand on opère pour la seconde fois un foyer purulent, ne pas faire des incisions de débridement aussi étendues que s'il s'agissait d'une première intervention, car les parois du premier foyer, en se rétractant, entraînent avec elles les urétéres qui ne conservent plus alors les rapports qu'ils affectent normalement. C'est du reste un point de la méthode de notre maître, le professeur Laroyenne, sur lequel nous nous proposons de revenir prochainement.

En second lieu, nous trouvons dans cette observation un fait qui ne permettait pas de faire hésiter au point de vue intervention, c'est l'élévation de la température, concomitante avec une augmentation de volume du rein ; qu'aurait pu

faire, en effet, une occlusion de la fistule au fond du vagin ou une greffe à la vessie? Si la fistule était complète, une occlusion aurait amené des phénomènes de rétention graves, puisque en somme on aurait fait quelque chose d'analogue à une ligature du canal urétéral ; nous avons observé dans le service de M. le professeur Laroyenne un cas qui rentre dans cette catégorie de faits.

C'était une malade, se portant bien du reste, qui était porteur d'une fistule urétérale dont elle voulait être débarrassée. Les urines paraissaient normales. On tenta l'occlusion de la fistule par une application de pâte de Vienne et de Canquoin. A la suite de ce traitement, on vit en effet la perte d'urines s'arrêter, mais en même temps la température s'éleva jusqu'à 41°. On crut à ce moment que la malade allait succomber, lorsque brusquement la fistule urétéro vaginale se rétablit, donnant issue à une urine purulente. Immédiatement la température s'abassa et la malade ne voulut plus entendre parler d'une nouvelle intervention, qui cette fois aurait certainement été une néphrectomie.

Qu'aurait produit dans ce cas et dans celui que nous venons de rapporter une greffe vésicale, à supposer qu'elle eût été possible? Aurait-elle fait cesser l'infection du rein? En aucune façon. La néphrectomie était donc la méthode de choix.

Nous croyons bon d'insister sur l'utilité de conserver pendant quelque temps, après la néphrectomie, la perméabilité de la fistule vagino-urétérale, et cela pour éviter ce qui s'est produit chez notre malade. Nous n'avons pas été sans redouter une complication, quand, quelques jours après l'opération, la température est remontée, quand il s'est produit des accidents de rétention purulente dans l'urètre oblitéré à ses deux extrémités. La nature semble nous avoir indiqué ce qu'il eût fallu faire en rétablissant pour quelque temps la perméabilité de l'orifice fistuleux.

Observation II^e, empruntée au travail original du D^r Picqué paru dans les « Archives de Tocologie ». (août 1893.)

M^{me} T... (Victorine), sans profession, 33 ans, entre le 11 février 1892 à l'hôpital Tenon, salle R. Wallace, n° 12, dans le service de M. le docteur Richelot.

Antécédents héréditaires : Père mort de bronchite chronique ; mère morte du choléra.

Antécédents personnels : Accès de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de six ans. Endocardite consécutive. Lésion valvulaire caractérisée seulement depuis l'âge de dix-neuf ans. Tousse tous les hivers.

Cette malade n'a jamais eu de grossesse. Elle présente des époques menstruelles très irrégulières et une leucorrhée notable. Le début de son affection paraît remonter à l'année 1889. A cette époque, elle raconte que, à la suite d'un effort, elle eut une métrorragie suivie de péritonite (?), qui l'obligea à garder le lit pendant trois semaines ou un mois. A partir de ce moment, elle souffrit toujours dans le bas-ventre. Ces douleurs devenaient excessives sous l'influence de la fatigue, et elle était obligée de s'aliter.

Le 10 décembre 1891 survint une crise douloureuse, qui l'obligea à cesser tout travail. Elle prend le lit ; le ventre est très douloureux ; elle a des vomissements verdâtres, de la fièvre, de la diarrhée.

Perte complète d'appétit. A la fin de janvier, au dire du médecin traitant, se développent deux abcès qui viennent poindre dans le vagin, où ils sont ouverts au bistouri. Puis l'état général s'améliore un peu. On constate la disparition de la fièvre, le retour de l'appétit, mais l'amaigrissement persiste.

Le 11 février, la malade entre à l'hôpital. Elle accuse une violente douleur au niveau des deux fosses iliaques, douleurs exaspérées par la pression. Elle a un aspect cachectique, de la fièvre tous les soirs.

A l'examen physique, on trouve au toucher : un utérus

enclavé, immobile, douloureux, et, de chaque côté, deux énormes tumeurs formées par les annexes.

On cherche, à l'aide du spéculum, l'ouverture des deux abcès ouverts par le vagin, sans qu'il soit possible d'en trouver la trace.

La malade est abandonnée au repos pendant un certain temps, et, le 17 mai, M. Richelot pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement.

L'opération est laborieuse à cause de la fixité de l'utérus. Il est impossible d'enlever du côté gauche les annexes, trop adhérentes.

D'ailleurs, sur ma demande, M. Richelot a bien voulu remettre à la malade la note suivante, que je transcris textuellement :

« M^{me} T... a subi, le 17 mai dernier, une hystérectomie vaginale par morcellement, avec ablation des annexes droites. Elle avait, depuis longtemps, des douleurs violentes. J'ai hésité longtemps à cause de l'état du cœur.

« Dans l'opération, l'utérus a été enlevé complètement avec les annexes droites malades (ovaire absolument dégénéré, scléro-kystique, trompe épaissie et adhérente, *pas de suppuration*) ; à gauche, les annexes, très adhérentes et collées au petit bassin, ont été laissées en place.

« En raison de l'insuffisance mitrale, qui inspirait quelques craintes, l'anesthésie est commencée par des inspirations de bromure d'éthyle et continuée par le chloroforme.

« Le 19, les pinces sont retirées.

« Le 23, les tampons sont enlevés et la malade est soumise aux injections vaginales tous les jours. La malade urine seule.

« L'état général est bon.

« 25 mai. La malade raconte qu'elle mouille le pansement appliqué sur la vulve. Il est impossible de voir sourdre du liquide au fond du vagin.

« Le 9 avril, la malade quitte l'hôpital. Il suinte toujours de l'urine dans le pansement. La nuit, les draps sont mouillés. La plaie vaginale est presque complètement cicatrisée.

« Nous revoyons plusieurs fois de suite la malade, qui a repris de l'embonpoint et ne souffre presque plus des annexes gauches. Elle perd toujours de l'urine et, par l'examen au spéculum, on voit au fond du cul-de-sac vaginal un petit tubercule saillant par lequel on essaye, sans succès, d'introduire un stylet. M. Richelot admet l'existence d'une petite plaie vésicale probablement consécutive à la chute d'une eschare, et conseille à la malade de prendre patience. »

Voici maintenant la deuxième partie de l'observation, qui m'est personnelle :

La malade est prise, vers la fin du mois d'août, d'accidents sérieux du côté de l'abdomen et se présente à l'hôpital Lariboisière, où elle est reçue d'urgence le 3 septembre, salle Gosselin, n° 17, dans le service de M. Perier.

Les symptômes que la malade présentait à son entrée étaient les suivants. Du côté de l'abdomen, la malade éprouve des douleurs vives, localisées à gauche au-dessus de l'arcade de Fallope, et à droite dans la région rénale. Il existe un peu de météorisme. Le toucher bi-manuel permet de constater, dans le petit bassin et à gauche, au niveau des annexes laissées en place, une tuméfaction diffuse, mal délimitée et sensible à la pression.

A droite, la région rénale est douloureuse ; par la manœuvre du ballotement, on constate que le rein est le siège d'un gonflement notable. Il est douloureux à la pression.

Il n'y a pas de fièvre, mais l'état général est mauvais. L'amaigrissement est notable. L'appétit est nul. La malade accuse quelques nausées, elle nous signale un suintement permanent d'urine par le vagin. Il existe un érythème vulvaire assez prononcé.

La malade urine volontairement.

L'existence de lésions rénales, rendues évidentes par les symptômes physiques précédemment indiqués du côté de la région rénale, éveillent des doutes dans mon esprit sur l'existence d'une fistule vésicale, admise par M. Richelot, et je

ne tardai pas, du reste, à reconnaître son origine urétérale par les constatations suivantes :

D'abord l'existence de la fistule urinaire, ne pouvant être établie par l'examen direct du liquide rendu en trop petite quantité à la fois et impossible à recueillir, me fut démontrée par l'ingestion de 15 centigrammes de bleu de méthyle, qui colora nettement en bleu le liquide rendu par le vagin.

Puis son origine urétérale me fut démontrée de la façon suivante :

D'abord les symptômes physiques étaient bien, dans notre cas, ceux de la fistule urétérale. En effet : 1° les phénomènes de la miction volontaire n'étaient pas modifiés ; 2° l'écoulement était permanent et nullement modifié par le changement d'attitude de la malade ; 3° malgré l'existence de lésions rénales, les urines vésicales étaient absolument normales.

En deuxième lieu, l'injection forcée de liquide coloré dans la vessie, que je fis sur le conseil de M. Perier, ne tachait en aucune façon un tampon blanc préalablement porté dans le vagin au niveau de la fistule et maintenu en contact pendant toute la durée de l'injection. Cette expérience fut répétée plusieurs fois, et toujours sans succès.

Enfin, nous eûmes recours à l'examen direct de la vessie à l'aide de l'endoscope électrique de M. Aubry. Nous pûmes constater facilement du côté gauche, l'existence de la perle brillante qui caractérise l'écoulement de l'urine dans la vessie et son absence du côté droit, en même temps que l'étendue moindre de la tache noirâtre qui marque l'embouchure de l'urètre. Cette première constatation, non seulement confirmait l'existence d'une plaie de l'urètre, mais encore nous indiquait nettement le côté intéressé, point naturellement important en cas d'une néphrectomie.

Nous fûmes moins heureux dans nos tentatives de cathétérisme : bien que nous ayons répété plusieurs fois ces tentatives, nous ne pûmes jamais pénétrer dans le trajet de la fistule.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic se trouvait définitivement

établi; il s'agissait bien d'une fistule de l'urètre du côté droit, et les phénomènes douloureux qui amenaient la malade à l'hôpital, et qui, dès le début, avaient fait pressentir cette fistule, étaient bien sous la dépendance d'une pyélo-néphrite ascendante de nature infectieuse; et les douleurs que la malade éprouvait au niveau des annexes du côté gauche ne pouvaient guère nous donner le change.

Les accidents éprouvés par la malade, à son entrée à l'hôpital, ne se modifièrent pas dans la première semaine; mais, dès le 12 septembre, et bien avant que nous ayons fait notre première exploration, elle fut prise d'accès fébriles peu intenses, mais continus.

Le 26, cependant, la température monta à 40°8 et, je le répète, notre première exploration ne fut faite que vers la fin d'octobre, car nous tenions à avoir les renseignements opératoires qui nous manquaient, avant de commencer l'étude attentive de la malade.

Ces accès fébriles se maintinrent presque constamment, sauf quelques courtes rémissions, jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire le 9 novembre. Chaque ascension thermique s'accompagnait d'une exagération notable des phénomènes douloureux qui se caractérisaient par des douleurs lombaires avec irradiation dans la fosse iliaque correspondante. L'état général s'aggravait chaque jour, le météorisme s'accroissait ainsi que les troubles gastriques, et la malade réclamait énergiquement une intervention.

Sur le conseil de mon excellent maître M. Perier, et avec sa précieuse assistance, je lui pratiquai, pour des motifs que j'indiquerai plus loin, une néphrectomie lombaire le 9 novembre.

Cette néphrectomie fut pratiquée selon le procédé ordinaire et je n'attirerai l'attention que sur deux points particuliers de la technique.

Une fois le rein mis à nu, j'incisai la capsule et fis la décortication sous capsulaire; ce décollement se fit avec la plus grande facilité et j'arrivai rapidement sur le hile. A ce mo-

ment, au lieu d'appliquer une ligature sur les vaisseaux du rein, et avant d'en pratiquer l'extirpation, je plaçai deux pinces courbes à ligaments sur le hile et les laissai en place quarante-huit heures. La capsule étant en quelque sorte retournée, je considérai tout drainage comme inutile et une fois les pinces retirées, la cicatrisation se fit très rapidement.

Les suites opératoires furent nulles. L'écoulement vaginal cessa le jour même de l'opération. La fièvre, qui existait avant l'opération, tomba aussitôt et la température se maintint entre 37 et 37,5. La quantité d'urine émise le jour de l'opération ne s'éleva pas au-dessus de 500 grammes, mais elle augmenta progressivement et rapidement dès le deuxième jour ; au quatrième jour elle était de 2.000 grammes, pour retomber définitivement à 1.200 dès le sixième jour.

La malade quitta l'hôpital, définitivement guérie, le 25 novembre.

J'ai eu l'occasion de revoir depuis plusieurs fois la malade : la guérison ne s'est pas démentie et l'état général est resté excellent.

Je tiens à dire encore qu'il n'est resté aucune fistule et que la malade n'a jamais paru souffrir de la portion d'urétére infecté restée dans l'abdomen.

L'examen de la pièce anatomique montre toutes les lésions de la pyonéphrose. Au moment de l'opération, la section du pédicule amena l'issue d'une quantité très abondante de pus.

A la coupe du rein, on constate une désorganisation du parenchyme. Le rein est transformé en vacuoles purulentes à paroi très amincies et communiquant les unes avec les autres.

Lors donc que le rein est infecté, le chirurgien ne saurait utiliser l'un des nombreux et ingénieux procédés de greffe imaginés par les chirurgiens et les expérimentateurs, c'est à la néphrectomie qu'il convient de recourir. Opération que les chirurgiens ont heureusement remplacée par la néphrotomie, dans les cas de pyonéphrose simple, mais qui reste la seule ressource lorsque la pyonéphrose est compliquée de fistule urétérale.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

1° Les fistules urétéro vaginales sont rares ; elles sont presque toutes la conséquence ou d'un accouchement avec dystocie, ou d'une intervention chirurgicale.

2° Il existe un nombre considérable de procédés opératoires destinés à traiter cette complication. On peut, avec Pozzi, les ranger sous les deux dénominations suivantes : 1° Procédé d'oblitération directe ; 2° Procédé d'oblitération indirecte.

3° La plupart des procédés d'oblitération directe sont difficiles à pratiquer et ne donnent que rarement des résultats positifs.

4° Avant d'opérer une fistule urétéro vaginale, il faudra attendre quelques mois ; car nombre d'entre elles guérissent spontanément.

5° Dans le cas où, à la suite d'une fistule urétéro vaginale, on voit survenir des accidents inflammatoires du côté de l'urètre ou du rein, il faudra d'emblée avoir recours à la néphrectomie, car les méthodes d'oblitération directe amènent souvent des accidents de rétention graves.

Le Doyen,

LORTET.

Le Président de la thèse,

LAROYENNE.

Permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} mars 1894.

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I : Considérations générales sur les fistules urétéro-vaginales.....	9
CHAPITRE II : Etude des méthodes thérapeutiques employées jusqu'à ce jour.....	14
CHAPITRE III : Critique de ces méthodes, leur indi- cation. Néphrectomie. Observa- tions	42
CHAPITRE IV : Conclusions.....	62



